

# 共同処理用市町村特別給付事業所情報異動連絡票

## (基本情報)

平成 年 月 日 頁

保険者名

事業所番号												
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

異動区分	1:新規	2:変更	3:終了
------	------	------	------

異動年月日	平成	年	月	日
-------	----	---	---	---

### 申請（開設）者

氏名											電話番号					
											FAX番号					
住所	-															

### 代表者

氏名											職		名			
住所	-															

法人種別	
------	--

市町村番号	
-------	--

# 共同処理用市町村特別給付事業所情報異動連絡票

## (サービス情報)

平成	年	月	日	頁
保険者名				

事業所番号							
サービスコード							

異動区分	1:新規	2:変更	3:終了
------	------	------	------

異動年月日	平成		年		月		日
-------	----	--	---	--	---	--	---

### 管理者

氏名												
住所												

事業開始年月日	平成		年		月		日
事業休止年月日	平成		年		月		日
事業廃止開始年月日	平成		年		月		日
事業再開年月日	平成		年		月		日

### 事業所

氏名												
住所												

市町村特別給付							
登録保険者番号							
受領委任	1:なし 2:あり						
登録開始年月日	平成		年		月		日
登録終了年月日	平成		年		月		日

生活保護の指定	1:なし	2:あり
---------	------	------

共同処理用市町村特別給付事業所情報訂正連絡票

(基本情報)

事業所番号

訂正区分 2:修正 3:削除

保険者名

異動年月日	平成	年	月	日
訂正年月日	平成	年	月	日

申請（開設）者

氏名											
住所											
-											

電話番号				

FAX番号				

代表者

氏名											
住所											
-											

職名											

法人種別

市町村番号

# 共同処理用市町村特別給付事業所情報訂正連絡票

## (サービス情報)

平成 年 月 日 頁

保険者名

事業所番号					
サービスコード					

訂正区分	2:修正	3:削除
------	------	------

異動年月日		平成		年		月		日
訂正年月日		平成		年		月		日

**管理者**

氏名																															
住所																-															

事業開始年月日	平成			年		月		日
事業休止年月日	平成			年		月		日
事業廃止開始年月日	平成			年		月		日
事業再開年月日	平成			年		月		日

**事業所**

氏名																															
住所																-															
																電話番号															
															FAX番号																

市町村特別給付								
登録保険者番号								
受領委任	1:なし 2:あり							
登録開始年月日	平成			年		月		日
登録終了年月日	平成			年		月		日

生活保護の指定	1:なし 2:あり
---------	-----------

# 共同処理用市町村特別給付事業所情報更新結果

NN 99 年 99 月 99 日 ZZZZ9 頁

## (基本情報)

事業所番号	9999999999
-------	------------

異動区分	9
訂正区分	9

異動年月日	NN	99	年	99	月	99	日
訂正年月日	NN	99	年	99	月	99	日

保険者名
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

### 申請（開設）者

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	電話番号	XXXXXXXXXXXX
住所	999-9999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	FAX番号	XXXXXXXXXXXX

### 代表者

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	職名	NNNNNNNNNN
住所	999-9999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		

法人種別	99
------	----

市町村番号	999
-------	-----

# 共同処理用市町村特別給付事業所情報更新結果

## (サービス情報)

NN 99 年 99 月 99 日 ZZZZ9 頁

保険者名	
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	

事業所番号	9999999999
サービスコード	999999

異動区分	9
訂正区分	9

異動年月日	平成	99	年	99	月	99	日
訂正年月日	平成	99	年	99	月	99	日

### 管理者

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN 999-9999
住所	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNN

事業開始年月日	NN	99	年	99	月	99	日
事業休止年月日	NN	99	年	99	月	99	日
事業廃止開始年月日	NN	99	年	99	月	99	日
事業再開年月日	NN	99	年	99	月	99	日

### 事業所

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
住所	999-9999 電話番号 XXXXXXXXXXXX FAX番号 XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNN

市町村特別給付							
登録保険者番号	999999						
受領委任	9						
登録開始年月日	NN	99	年	99	月	99	日
登録終了年月日	NN	99	年	99	月	99	日

生活保護の指定	9
---------	---



# 共同処理用市町村特別給付事業所情報

## (サービス情報)

NN 99 年 99 月 99 日 ZZZZ9 頁  
 保険者名  
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

事業所番号	9999999999
サービスコード	999999

異動区分	9
------	---

異動年月日	平成	99	年	99	月	99	日
訂正年月日	平成	99	年	99	月	99	日

### 管理者

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
住所	999-9999
	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNN	

事業開始年月日	NN	99	年	99	月	99	日
事業休止年月日	NN	99	年	99	月	99	日
事業廃止開始年月日	NN	99	年	99	月	99	日
事業再開年月日	NN	99	年	99	月	99	日

### 事業所

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
住所	999-9999
	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNN	

市町村特別給付							
登録保険者番号	999999						
受領委任	9						
登録開始年月日	NN	99	年	99	月	99	日
登録終了年月日	NN	99	年	99	月	99	日

生活保護の指定	9
---------	---

# 共同処理用保険者異動連絡票

保険者名
------

保険者番号
-------

異動区分	1:新規 2:変更
------	-----------

異動年月日	平成	年	月	日
-------	----	---	---	---

## 口座情報

1.銀行 2.信用金庫 3.信用組合		1.本店 2.支店 3.出張所	
金融機関コード	支店コード	口座番号	
1.普通預金 2.当座預金 3.その他			
口座名義人(カナ)			
振込依頼人コード			

## 問い合わせ先情報

名称1									
名称2									
住所		電話番号							
備考									

## 償還払給付額管理処理情報

支給限度基準額								
居宅介護福祉用具購入費								
居宅介護福祉用具修費								
居宅支援福祉用具購入費								
居宅支援福祉用具修費								



# 共同処理用保険者情報更新結果

保険者名	
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	

異動区分	9
訂正区分	9

異動年月日	平成 99 年 99 月 99 日
訂正年月日	平成 99 年 99 月 99 日

## 口座情報

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN				
金融機関コード		支店コード	口座種目	口座番号
9999	-	999	NNN	9999999
口座名義人(カナ) XX				
振込依頼人コード		9999999999		

## 問い合わせ先情報

名称1	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		
名称2	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		
住所	999-9999	電話番号	XXXXXXXXXXXX
	XX		
	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
備考	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		

## 償還払給付額管理処理情報

支給限度基準額	99999999
居宅介護福祉用具購入費	99999999
居宅介護福祉用具修費	99999999
居宅支援福祉用具購入費	99999999
居宅支援福祉用具修費	99999999



# 共同処理用受給者異動連絡票

保険者名	
------	--

証記載 保険者番号											
被保険者番号											
異動区分	1:新規 2:変更										
異動事由	01:資格取得 02:資格喪失 03:広域連合における市町村間異動 99:その他										
異動年月日	平成	年	月	日							

## 基本情報

氏名											
住所											
電話番号											
帳票出力順序コード											

## 償還払給付額管理処理情報

保険給付の一時差止											
開始年月日	平成	年	月	日	区分	対象サービス種類コード					
終了年月日	平成	年	月	日	1:非対象 2:一部サービス対象 3:全サービス対象						

## 高額介護サービス費支給処理情報

世帯主被保険者番号 (世帯集約番号)											
世帯所得区分	1:低所得者等以外 2:市町村民税世帯非課税者等 3:生活保護										
所得区分	1:低所得者以外 2:市町村民税非課税者等 3:生活保護										
老齢福祉年金受給の有無	1:受給無し 2:受給有り										



# 共同処理用受給者情報更新結果

NN 99 年 99 月 99 日 ZZZZ9 頁

保険者名	
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	

異動区分	9	異動事由	9
訂正区分	9		

異動年月日	NN	99	年	99	月	99	日
訂正年月日	NN	99	年	99	月	99	日

## 基本情報

氏名	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		電話番号	XXXXXXXXXXXX
住所	999 - 9999	XX		
		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	帳票出力順序コード 999	
	NN			
	NN			

## 償還払給付額管理処理情報

保険給付の一時差止												
開始年月日	NN	99	年	99	月	99	日	対象サービスクラスコード	99	99	99	99
終了年月日	NN	99	年	99	月	99	日	種類コード	99	99	99	99

## 高額介護サービス費支給処理情報

世帯主被保険者番号 (世帯集約番号)	XXXXXXXXXXXX
世帯所得区分	9
所得区分	9
老齢福祉年金受給の有無	9

# 共同処理用受給者情報

保険者名	
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	

証記載 保険者番号	999999	異動区分	9	異動事由	99	異動年月日	NN	99	年	99	月	99	日
被保険者番号	XXXXXXXXXX				訂正年月日	NN	99	年	99	月	99	日	

## 基本情報

氏名	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN							電話番号	XXXXXXXXXXXX						
住所	999	-	9999	XX											
	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX													帳票出力順序コード	999
	NN														
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN															

## 償還払給付額管理処理情報

保険給付の一時差止															
開始年月日	NN	99	年	99	月	99	日	対象サービスクラス		99	99	99	99	99	99
終了年月日	NN	99	年	99	月	99	日	種類コード		99	99	99	99	99	99

## 高額介護サービス費支給処理情報

世帯主被保険者番号 (世帯集約番号)	XXXXXXXXXX
世帯所得区分	9
所得区分	9
老齢福祉年金受給の有無	9

# 要介護認定定期限到来者一覧表

期限到来年月：平成 12 年 5 月

保険者番号		保険者名		住所	電話番号	要介護状態区分	申請受付年月日
被保険者番号	被保険者氏名(漢字) 被保険者氏名(漢字)	被保険者氏名(カナ)	被保険者氏名(漢字)				
0420XX	000001	14207700XX	加口 夕叻 介護 太郎	〒123-45XX 県 x x 市 x x x 1 - 2 - 3	XXX(XXX)XXXX	要介護1	

# 要介護認定・要支援認定有効期間終了のお知らせ

〒123-45XX  
〇〇県××市×××1-2-3

介護 太郎 様

あなたの要介護認定・要支援認定期間が、平成 12 年 9 月 30 日をもって終了いたしますので、お知らせします。

被保険者番号	14207700XX	フリガナ	加藤 知
		被保険者氏名	介護 太郎
要介護認定期間	平成 12 年 4 月 1 日 ~ 平成 12 年 9 月 30 日	要介護状態区分	要介護 1

要介護認定・要支援認定の更新を行う場合は、同封の「要介護更新認定・要支援更新認定申請書」に必要事項を記入し、被保険者証を添えて、認定有効期間終了日の30日前までに下記宛に提出してください。

## 【提出・問い合わせ先】

〒123 - 45XX  
県××市 1 - 2 - 3

××市 介護保険課

電話番号 XXX(XXX)XXXX

( 000001 )

# 要介護認定・要支援認定 要介護更新認定・要支援更新認定 申請書

様

次のとおり申請します。

被 保 者	被保険者番号	1 4 2 0 7 7 0 0 X X	申請年月日	年 月 日
	フリガナ	加 <sup>レ</sup> 知 <sup>ウ</sup>	生年月日	昭和 5 年 1 月 1 日
	氏 名	介護 太郎	性別	男
	住 所	〒123-45XX 県××市×××1-2-3 電話番号 XXX(XXX)XXXX		
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 要介護1 有効期間 平成 12 年 4 月 1 日 から 平成 12 年 9 月 30 日		
	介護保険施設入院・入所の有無 (短期入所を除く)	有	入院・入所施設名 所在地	
	無	介護保険施設以外の入院医療機関名・入所施設名 所在地		

提 出 代 行 者	名 称	該当に (居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設) 印
	住 所	〒 電話番号

主 治 医	主治医の氏名	医療機関名	
	所 在 地	〒 電話番号	

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証 記号番号	
特定疾病名			

介護サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

本人氏名

( )



償還連絡票フォーマット

保険者 番号	0	4	2	0	X	X
-----------	---	---	---	---	---	---

整理 番号	0	0	0	5	0	6	0	0	0	1
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

申請年月日	平成	1	2	年	5	月	6	日
-------	----	---	---	---	---	---	---	---

平成	1	2	年	4	月分
----	---	---	---	---	----

被 保 険 者	被保険者 番号	1	4	2	7	0	0	0	2	X	X
	(ワガナ)	加代 知									
	氏名	介護 太郎									
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和	性 別								
		5年 1月 1日	1.男 2.女								
	要介護 状態区分	支援・1・2・3・4・5									
認定有効 期間	平成	1	2	年	4	月	1	日	から		
	平成	1	2	年	9	月	3	0	日	まで	

支 払 方 法										
窓 口 払					口 座 払					
支払場所					振込先	金融機関	銀行			
						××支店				
				口座種目		普通				
支払期間						口座番号	1 2 3 4 5 X X			
					口座名義人	加代 知				

合 計 額	保険請求額				9	0	0	0	0
	自己負担額				1	0	0	0	0

3	枚中	1	枚目
---	----	---	----





# 介護保険償還払支給（不支給）決定通知書

〒123-45XX 県××市××× 1 - 2 - 3	
介護 太郎	様

先に申請のありました給付費については、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名	介護 太郎	被保険者番号	1 4 2 0 7 7 0 0 X X
受付年月日	平成 12 年 9 月 1 日	決定年月日	平成 12 年 11 月 15 日
本人支払額	、 円		
給付の種類	通所リハビリテーション、福祉用具貸与、住宅改修		
支給	する	支給金額	XX,XXX 円
不支給の理由			

支 払 方 法			
		口座払	
お持ち いただくも の	・この通知書 ・介護保険被保険者証 ・申請書に使用した印鑑	金融機関	銀行
			本店
支払場所		口座種目	普通
支払期間		口座番号	1 2 3 4 5 X X
		口座名義人	カ行 ハコ

問い合わせ先  
〒123-45XX  
県××市 1 - 2 - 3

××市 介護保険課  
電話番号 XXX(XXX)XXXX

不服の申立  
この通知について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、  
県 介護保険審査会に審査請求をすることができます。

( 000001 )

# 外字空白印字リスト (償還払支給 (不支給) 決定者)

平成 12 年 8 月 7 日

1 頁

県国民健康保険団体連合会

保険者番号	保険者名	保険者番号	被保険者氏名 (カナ) 被保険者氏名 (漢字)	住所 (カナ) 住所 (漢字)
0420XX	町	000001	加古 八子 介護 子	〒1420770020 千葉県 町 x x x 2 - 3 - 4

# 振込依頼書

銀行 \_\_\_\_\_ 様  
 支店 \_\_\_\_\_ 様  
 依頼人 \_\_\_\_\_ 市

提出日	年	月	日
頁 / 枚数	1 /		1

取組指定日	年	月	日
-------	---	---	---

銀行名(上段) 支店名(下段)	種目	口座番号	受取人	金額 (円)	振込区分	手数料 (円)	概要
銀行 支店	㊦	12345XX	( 14207700XX ) 介護 太郎	50,000			
銀行 支店	㊦	34567XX	( 14207800XX ) 介護 次郎	30,000			
			(            )				
			(            )				
			(            )				
			(            )				
			(            )				
			(            )				
			(            )				
			(            )				
* 種目				小計	2 件	80,000	件
普通預金...㊦				合計	2 件	80,000	件
当座預金...ト							
その他 ...ㄥ							

介護給付費通知一覧表

平成 12 年 7 月 1 日

1 頁

集計期間 : 平成 12 年 4 月 ~ 平成 12 年 5 月 県国民健康保険団体連合会

保険者番号	被保険者番号	被保険者氏名(カナ) 被保険者氏名(漢字)	事業所番号 事業所名	サービス月	サービス種類コード サービス種類名	保険給付額 (円)	自己負担額 (円)	公費負担額 (円)
0420XX	000001	山本 太郎	1310100011 訪問介護事業所	4月	11 訪問介護	18,000	2,000	
			1310200022 訪問看護事業所		13 訪問看護	9,000	1,000	
			1310100011 訪問介護事業所	5月	11 訪問介護	18,000	2,000	
			1310200022 訪問看護事業所		13 訪問看護	9,000	1,000	
			1310200993 福祉用具貸与事業所		17 福祉用具貸与	216,000	24,000	
				計		270,000	30,000	0

公費負担額は期間内の合計です。

# 介護給付費通知書

〒123-45XX  
県××市×××1-2-3

介護 太郎 様

被保険者番号：14207700XX

あなたの 平成 12 年 4 月 ~ 平成 12 年 5 月における介護給付費は以下のとおりです。

## 【問い合わせ先】

〒123 - 45XX  
県××市 1 - 2 - 3

××市

介護保険課

電話番号 XXX(XXX)XXXX

サービス月	サービス事業所	サービス種類	サービス費用合計額 (円)
平成12年 4月	訪問介護事業所	訪問介護	20,000
	訪問看護事業所	訪問看護	10,000
平成12年 5月	訪問介護事業所	訪問介護	20,000
	訪問看護事業所	訪問看護	10,000
	福祉用具貸与事業所	福祉用具貸与	240,000
計			300,000

サービス費用合計額は、あなたが介護サービスを受けたときにお支払いになった金額を含む総額を記載しています。

( 000001 )



# 介護保険高額介護（居宅支援）サービス費給付判定結果

平成 13 年 3 月

フリガナ	加口 知		保険者番号		0	4	2	0	X	X		
被保険者氏名	介護 太郎		被保険者番号	1	4	2	0	7	7	0	X	X
受付年月日	平成 13 年 4 月 10 日		性別	男								
決定年月日	平成 13 年 4 月 29 日											
本人支払額	、 円											
支給区分コード	①.支給 2.不支給		支給金額	、 円								
支払方法区分コード	①.口座 2.窓口											
不支給理由												

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	××	本店 支店 出張所	種 目	口座番号						
	金融機関コード	店舗コード		①.普通預金 2.当座預金 3.その他	1	2	3	4	5	X	X
	フリガナ	加口 知									
	口座名義人	介護 太郎									

窓口払い欄	支払場所										
	支払期間	開始	年 月 日								
		終了	年 月 日								

高額介護サービス費給付対象者一覧表

保険者番号	保険者名		サービス月	事業所番号	サービス種類コード	サービス費用合計額		高額支給額 (A)-(B)-(C) (円)	備考
	被保険者番号	被保険者氏名(漢字)				(A) (円)	(B) (円)		
0420XX									
000001	14207700XX	介護 太郎	平成12年 5月	1310100011	11	20,000			
				訪問介護事業所	訪問介護	2,000			
				1310200022	13	10,000			
				訪問看護事業所	訪問看護	1,000			
				1310200993	17	240,000			
				福祉用具貸与事業所	福祉用具貸与	24,000			
			計			300,000	24,600	5,400	市町村民税世帯非課税
						30,000	0		

〒123 - 45XX  
県××市××× 1 - 2 - 3

介護 太郎 様

## 高額介護サービス費給付のお知らせ

下記のとおり、介護保険法51条による高額介護給付費の支給対象となる可能性  
がありますのでお知らせします。

記

フリガナ 被保険者氏名	加口 太郎 介護 太郎	男	保険者番号	0 4 2 0 X X									
生年月日	昭和 3 年 7 月 9 日		被保険者番号	1	4	2	0	7	7	0	0	X	X
対象年月	平成 12 年 5 月												
自己負担金額	30,000 円			支給(予定)金額			5,400 円						

支給を希望する場合は、同封の「高額介護(居宅支援)サービス費支給申請書」を  
下記宛に提出してください。

【提出・問い合わせ先】  
〒123 - 45XX  
県××市 1 - 2 - 3

××市 介護保険課

電話番号 XXX(XXX)XXXX

( 00001 )

# 介護保険高額介護（居宅支援）サービス費支給申請書

平成 12 年 5 月

フリガナ	加口 勉			保険者番号					0	4	2	0	7	7
被保険者氏名	介護 太郎			被保険者番号	1	4	2	0	7	7	0	0	X	X
生年月日	昭和 5 年 1 月 1 日 生			性別	男									
住所	県 × × 市 1 - 2 - 3						電話番号 XXX(XXX)XXXX							
該当月分の支払額合計	、 円													
世帯構成	世帯主	氏名	生年月日	性別	介護保険の被保険者の場合 被保険者番号									
	世帯員													
様														
上記のとおり関係書類を添えて高額介護（居宅支援）サービス費の支給を申請します。														
年 月 日														
住所 電話番号														
申請者 氏名 印														

注意 ・ 給付制限を受けている方については、高額介護（居宅支援）サービス費の支給ができない場合があります。  
 ・ この申請書の裏面に領収書を添付してください。

高額介護（居宅支援）サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種 目	口座番号	
	金融機関コード	店舗コード	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他		
	フリガナ				
	口座名義人				

市（町村）記入欄

区 分	世帯集約番号	領収書確認欄	給付制限状況	備 考
単独	12121212XX		無 給付割合	

（ 000001 ）

# 外字空白印字リスト(高額介護サービス費給付対象者)

保険者番号		保険者名	
0420XX		x x 市	
被保険者番号	被保険者氏名(カナ)	住所(カナ)	住所(漢字)
00002	14207700XX 加川 子 介護	加川 子 市	加川 子 市

# 高額介護サービス費支給(不支給)決定者一覧表

平成 12 年 12 月 1 日

保険者番号		保険者名		サービス提供年月		支払情報		支払場所・支払期間または振込先情報			支払日 または 振込日
0420XX	x x 市	被保険者番号	被保険者氏名(漢字)	可 否	利用 者 負 担 金 額 (円)	決 定 額 (円)	支払 方 法	支払場所 金融機関名 種目	支店名 口座番号 口座名義人		
000001	14207700XX	介護 太郎		可			口座	介護銀行 普通	12345XX 本店 加口 列助		

# 高額介護（居宅支援）サービス費支給（不支給）決定通知書

〒123-45XX 県××市××× 1 - 2 - 3	
介護 太郎	様

先に申請のありました給付費については、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名	介護 太郎	被保険者番号	1 4 2 0 7 7 0 0 X X
受付年月日	平成 12 年 9 月 1 日	決定年月日	平成 12 年 11 月 15 日
本人支払額	、 円		
給付の種類	通所リハビリテーション、福祉用具貸与、住宅改修		
支給	する	支給金額	XX,XXX 円
不支給の理由			

支 払 方 法			
		口座払	
お持ち いただくも の	・この通知書 ・介護保険被保険者証 ・申請書に使用した印鑑	金融機関	銀行
			本店
支払場所	振込先	口座種目	普通
支払期間		口座番号	1 2 3 4 5 X X
		口座名義人	カ行 ハコ

問い合わせ先  
〒123-45XX  
県××市 1 - 2 - 3

××市 介護保険課  
電話番号 XXX(XXX)XXXX

不服の申立  
この通知について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、  
県 介護保険審査会に審査請求をすることができます。

( 000001 )



# 振込依頼書

銀行 \_\_\_\_\_ 様  
 支店 \_\_\_\_\_  
 依頼人 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_

提出日	年	月	日
頁 / 枚数	1 /		1

取組指定日	年	月	日
-------	---	---	---

銀行名(上段) 支店名(下段)	種目	口座番号	受取人	金額 (円)	振込区分	手数料 (円)	概要
銀行 支店	㊦	12345XX	( 14207700XX ) 介護 太郎	50,000			
銀行 支店	㊦	34567XX	( 14207800XX ) 介護 次郎	30,000			
			(            )				
			(            )				
			(            )				
			(            )				
			(            )				
			(            )				
			(            )				
			(            )				
* 種目				小計	2 件	80,000	件
普通預金...㊦				合計	2 件	80,000	件
当座預金...ト							
その他 ...ㄥ							

介護給付費 払込請求書

市 殿

平成 12年 5月審査確定額（償還分）を下記のとおり払込み下さい。

内 訳	金額	1,420,655 円	払込期限	平成12年 6月 30日
	居宅介護サービス	1,256,870 円	送金先	銀行 支店
	施設介護サービス	13,785 円	口座名	マリアケンカミンコウカクダ
	居宅介護住宅改修	50,000 円		
	高額介護サービス	100,000 円		

平成 12年 6月 10日

理事  
長印

振込人 取扱銀行 振込人 県 国民健康保険団体連合会 理事長

領 収 書

市 殿

平成 12年 5月審査確定額（償還分）を下記のとおり領収いたしました。

内 訳	金額	1,420,655 円	(取扱店)
	居宅介護サービス	1,256,870 円	
	施設介護サービス	13,785 円	
	居宅介護住宅改修	50,000 円	
	高額介護サービス	100,000 円	

平成 12年 6月 10日

理事  
長印

取扱店の領収印のないものは無効です。  
振込人 取扱銀行 振込人 県 国民健康保険団体連合会 理事長

振込依頼書

入金票	通過番号	発信時分	受信者名	発信印

先方銀行	銀行	支店	振記					実施印
受 取 人	預金種目	普通	口座番号	1234567	金額	1,420,655 円		引照合印
	フリガナ	マリアケンカミンコウカクダ						
依 頼 人	氏名	県国民健康保険団体連合会						(おねがい) 1.この振込は他の銀行と一緒 にすることなく個別にお取 扱い下さい。
	フリガナ	ケンカミンカク						
	氏名	市 殿						

公 金

備考
介護保険給付費の審査支払確定額（償還分）
支払年月 12年 6月
払込期限 12年 6月 30日

出納済印または振替科目

振込人・取扱銀行（保管）

介護給付費 振込通知書

平成 12年 5月 審査分（償還分）

( 終由 )

県 国民健康保険団体連合会 殿

内 訳	金額	1,420,655 円	口座番号	収入科目		
	居宅介護サービス	1,256,870 円	1234567	款	項	目
	施設介護サービス	13,785 円	1234567			
	居宅介護住宅改修	50,000 円	1234567			
	高額介護サービス	100,000 円	1234567			

振込人 取扱銀行 連合会





# 主治医意見書料支払一覧表

平成 12 年 8 月 7 日 1 頁

保険者番号 1234XX	保険者名 町
-----------------	-----------

県国民健康保険団体連合会

事業所番号 事業所名	被保険者番号	調査依頼日	調査実施日	調査票受領日	請求額 (円)	消費税額 (円)	支払額 (円)	消費税額 (円)	備考
04102123XX 医療機関	00000012XX	平成12年8月1日	平成12年8月19日	平成12年8月20日	4,000	200	4,000	200	
	01010101XX	平成12年8月1日	平成12年8月19日	平成12年8月20日	5,000	250	5,000	250	
04102123XX x x 医療機関	00100100XX	平成12年8月2日	平成12年8月20日	平成12年8月21日	4,000	200	4,000	200	施設、継続申請
	00200200XX	平成12年8月2日	平成12年8月20日	平成12年8月21日	3,000	150	3,000	150	

# 認定調査委託料支払一覧表

平成 12 年 8 月 7 日

1 頁

県国民健康保険団体連合会

保険者番号 1234XX		保険者名 町													
事業所番号 事業所名	被保険者番号	調査依頼日	調査実施日	調査票受領日	請求額 (円)	消費税額 (円)	支払額 (円)	消費税額 (円)	備考						
04102123XX 介護支援事業者	0000001234	平成12年8月1日	平成12年8月9日	平成12年8月11日	5,000	250	5,000	250							
	0101010102	平成12年8月1日	平成12年8月9日	平成12年8月11日	5,000	250	5,000	250							

# 共同処理用市町村特別給付異動連絡票

保険者名
市

1	2	3	4	X	X
---	---	---	---	---	---

異動区分	1: 新規	2: 変更	3: 終了
------	-------	-------	-------

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
-------	----	----	---	----	---	----	---

サービスコード	サービス名				点数	支給限度基準額			有効開始年月日			有効終了年月日		
									年	月	日	年	月	日
8111	X	X	X	X	X	X	X	X	平成			平成		
8122	X	X	X	X	X	X	X	X	平成			平成		
									平成			平成		
									平成			平成		
									平成			平成		
									平成			平成		
									平成			平成		
									平成			平成		
									平成			平成		
									平成			平成		
									平成			平成		
									平成			平成		
									平成			平成		
									平成			平成		
									平成			平成		
									平成			平成		
									平成			平成		
									平成			平成		

保険者 国保連

共同処理用市町村特別給付訂正連絡票

平成 年 月 日 頁

保険者名
市

保険者番号	1	2	3	4	X	X
-------	---	---	---	---	---	---

訂正区分	2: 修正	3: 削除
------	-------	-------

異動年月日	平成	1	3	年	0	4	月	0	1	日
訂正年月日	平成	1	3	年	0	5	月	0	8	日

サービスコード	サービス名		点数	支給限度基準額			有効開始年月日			有効終了年月日		
	1	2		1	2	3	年	月	日	年	月	日
8111XX			XX XX XX X	XX XX XX X	XX XX XX X	平成				平成		
8122XX	X	X X X	XX XX XX X	XX XX XX X	XX XX XX X	平成				平成		
						平成				平成		
						平成				平成		
						平成				平成		
						平成				平成		
						平成				平成		
						平成				平成		
						平成				平成		
						平成				平成		
						平成				平成		
						平成				平成		
						平成				平成		
						平成				平成		
						平成				平成		
						平成				平成		
						平成				平成		
						平成				平成		

## 共同処理用市町村特別給付更新結果

保険者名
市

保険者番号      1234XX	異動区分      1
	訂正区分

異動年月日      平成 13 年 04 月 01 日	訂正年月日      平成 13 年 05 月 08 日
------------------------------	------------------------------

サービスコード	サービス名	点数	支給限度基準額	有効開始年月日			有効終了年月日			
				平成 13 年 04 月 01 日	年 04 月 01 日	日	平成 年 月 日	年 月 日	日	
81111		XXXXXX	XXXXXX				平成	年	月	日
81222	x x x x x x	XXXXXX	XXXXXX				平成	年	月	日
							平成	年	月	日
							平成	年	月	日
							平成	年	月	日
							平成	年	月	日
							平成	年	月	日
							平成	年	月	日
							平成	年	月	日
							平成	年	月	日
							平成	年	月	日
							平成	年	月	日
							平成	年	月	日
							平成	年	月	日
							平成	年	月	日
							平成	年	月	日
							平成	年	月	日
							平成	年	月	日
							平成	年	月	日
							平成	年	月	日
							平成	年	月	日

# 共同処理用市町村特別給付情報

平成 13 年 6 月 1 日 1 頁

保険者名	
市	

異動年月日	平成 13 年 04 月 01 日
訂正年月日	平成 13 年 05 月 08 日

異動区分	1
------	---

保険者番号	1234XX
-------	--------

サービスコード	サービス名	点数	支給限度基準額	有効開始年月日				有効終了年月日												
				平成 13 年 04 月 01 日																
81111		XXXXXX	XXXXXX																	
81222	x x x x x x x	XXXXXX	XXXXXX																	

# 共同処理用市町村特別給付事業所情報異動連絡票

平成 13 年 5 月 1 日 1 頁

## (基本情報)

保険者名
x x 市

事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	X	X
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

異動区分	(1:新規 2:変更 3:終了)
------	------------------

異動年月日	平成 13 年 04 月 01 日
-------	-------------------

**申請（開設）者**

氏名	シ	キ	ヨ	ウ	シ	ヤ	シ	ロ	ウ											電話番号	0	1	2	-	3	4	5	-	6	7	X	X
	事	業	者	二 郎																FAX番号	0	1	2	-	3	4	5	-	6	6	X	X
住所	1	2	3	-	4	5	X	X																								
	県 x x 市																															
1 - 2 - 3																																
マ ル マ ル ケ ン ハ ン ツ ハ ン ツ シ サ ン カ ク サ ン カ ク 1 - 2 - 3																																

**代表者**

氏名	シ	キ	ヨ	ウ	シ	ヤ	イ	チ	ロ	ウ											理	事	職 名									
	事	業	者	一 郎																												
住所	1	2	3	-	4	5	X	X																								
	県 x x 市																															
1 - 2 - 3																																
マ ル マ ル ケ ン ハ ン ツ ハ ン ツ シ サ ン カ ク サ ン カ ク 1 - 2 - 3																																

法人種別	0	1
------	---	---

市町村番号	1	2	3
-------	---	---	---

# 共同処理用市町村特別給付事業所情報異動連絡票

## (サービス情報)

平成 13 年 5 月 1 日 1 頁

保険者名
××市

事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	X	X
サービスコード	1	1	1	1	1	1				

異動区分 ①:新規 2:変更 3:終了

異動年月日 平成 13 年 04 月 01 日

### 管理者

氏名	シ`キ`ヨウシヤ	シ`ロウ	二 郎
事業所	123-45XX		
住所	マルマルケンハ`ツハ`ツシサンカクサンカク1-2-3		
	県 × × 市	1 - 2 - 3	

事業開始年月日	平成 13 年 04 月 01 日
事業休止年月日	平成 年 月 日
事業廃止開始年月日	平成 年 月 日
事業再開年月日	平成 年 月 日

### 事業所

氏名	シ`キ`ヨウシヤ	イ`チ`ロウ	
事業所	123-45XX	電話番号	012-345-67XX
	マルマルケンハ`ツハ`ツシサンカクサンカク1-2-3	FAX番号	012-345-66XX
住所	県 × × 市	1 - 2 - 3	

市町村特別給付					
登録保険者番号	0	4	2	0	X
受領委任	①:なし 2:あり				
登録開始年月日	平成 13 年 04 月 01 日				
登録終了年月日	平成 年 月 日				

生活保護の指定 ①:なし 2:あり

# 共同処理用市町村特別給付事業所情報訂正連絡票

平成 13 年 6 月 1 日 1 頁

## (基本情報)

保険者名
x x 市

事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	X	X
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

訂正区分	2:修正	3:削除
------	------	------

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成	13	年	05	月	10	日

### 申請（開設）者

氏名											電話番号	0	1	2	-	5	4	3	-	2	1	X	X
											FAX番号												
住所																							

### 代表者

氏名																							職名												
住所																																			

法人種別	
------	--

市町村番号	
-------	--

# 共同処理用市町村特別給付事業所情報訂正連絡票

## (サービス情報)

平成 13 年 7 月 1 日 1 頁

保険者名
x x 市

事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	X	X
サービスコード	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

訂正区分	2:修正	3:削除
------	------	------

異動年月日	平成	1	3	年	0	4	月	0	1	日
訂正年月日	平成	1	3	年	0	6	月	1	0	日

### 管理者

氏名										
住所										

事業開始年月日	平成			年			月			日
事業休止年月日	平成			年			月			日
事業廃止開始年月日	平成			年			月			日
事業再開年月日	平成			年			月			日

### 事業所

氏名										
住所										

市町村特別給付										
登録保険者番号										
受領委任	1:なし					2:あり				
登録開始年月日	平成			年			月			日
登録終了年月日	平成			年			月			日

生活保護の指定	1:なし	2:あり
---------	------	------

# 共同処理用市町村特別給付事業所情報更新結果

平成 13 年 05 月 04 日 1 頁

## (基本情報)

保険者名
x x 市

異動区分	1
訂正区分	

異動年月日	平成 13 年 04 月 01 日
訂正年月日	平成 年 月 日

事業所番号	12345678XX
-------	------------

### 申請（開設）者

氏名	ジギョウヤ イチロ		電話番号	023-456-77XX
	事業者 二郎		FAX番号	023-456-77XX
住所	123-45XX	マルマルケンバ ッパ ッサンカガサカク1-2-3		
	県 x x 市	1 - 2 - 3		

### 代表者

氏名	ジギョウヤ イチロ		職名	理事
	事業者 一郎			
住所	123-45XX	マルマルケンバ ッパ ッサンカガサカク1-2-3		
	県 x x 市	1 - 2 - 3		

法人種別	01
------	----

市町村番号	123
-------	-----

# 共同処理用市町村特別給付事業所情報更新結果

## (サービスインフォメーション)

平成 13 年 05 月 01 日 1 頁

保険者名
x x 市

事業所番号	12345678XX
サービスコード	8111XX

異動区分	1
訂正区分	

異動年月日	平成 13 年 04 月 01 日
訂正年月日	平成 年 月 日

### 管理者

氏名	シギヨシヤ シロウ	
	事業者	二郎
住所	123-45XX	
	マルマルケンバ ツバ ツザンカガク1-2-3	
	県 x x 市 1 - 2 - 3	

事業開始年月日	平成 13 年 04 月 01 日
事業休止年月日	平成 年 月 日
事業廃止開始年月日	平成 年 月 日
事業再開年月日	平成 年 月 日

### 事業所

氏名	シギヨシヤ イチロウ	
	事業者	一郎
住所	123-45XX	電話番号 023-456-77XX
	マルマルケンバ ツバ ツザンカガク1-2-3	
	県 x x 市 1 - 2 - 3	
		FAX番号 023-456-77XX

市町村特別給付	
登録保険者番号	0420XX
受領委任	1
登録開始年月日	平成 13 年 04 月 01 日
登録終了年月日	平成 年 月 日

生活保護の指定	1
---------	---

# 共同処理用市町村特別給付事業所情報

## (基本情報)

保険者名
x x 市

事業所番号	12345678XX	異動区分	1
-------	------------	------	---

異動年月日	平成 13 年 04 月 01 日
訂正年月日	平成 年 月 日

### 申請（開設）者

氏名	ジギョウヤ ジロウ		電話番号	023-456-77XX
	事業者 二郎		FAX番号	023-456-77XX
住所	123-45XX	マルケンバ ヲバ ヲサンカガカク1-2-3		
	県 x 市	1 - 2 - 3		

### 代表者

氏名	ジギョウヤ イロウ		職名	理事
	事業者 一郎			
住所	123-45XX	マルケンバ ヲバ ヲサンカガカク1-2-3		
	県 x 市	1 - 2 - 3		

法人種別	01
------	----

市町村番号	123
-------	-----

# 共同処理用市町村特別給付事業所情報

## (サービス情報)

平成 13 年 05 月 01 日 1 頁

保険者名
x x 市

事業所番号	12345678XX
サービスコード	8111XX

異動区分	1
------	---

異動年月日	平成 13 年 04 月 01 日
訂正年月日	平成 年 月 日

### 管理者

氏名	ジギョウヤ シロウ	
	事業者 二郎	
住所	123-45XX	
	マルマルケンバ ツバ ツザンカガクカク1-2-3	
	県 x x 市 1 - 2 - 3	

事業開始年月日	平成 13 年 04 月 01 日
事業休止年月日	平成 年 月 日
事業廃止開始年月日	平成 年 月 日
事業再開年月日	平成 年 月 日

### 事業所

氏名	ジギョウヤ イチロウ	
	事業者 一郎	
住所	123-45XX	電話番号 023-456-77XX
	マルマルケンバ ツバ ツザンカガクカク1-2-3	
	県 x x 市 1 - 2 - 3	
	FAX番号	023-456-77XX

市町村特別給付	
登録保険者番号	0420XX
受領委任	1
登録開始年月日	平成 13 年 04 月 01 日
登録終了年月日	平成 年 月 日

生活保護の指定	1
---------	---

# 共同処理用保険者異動連絡票

保険者名
x x 市

保険者番号	1	2	3	4	X	X
-------	---	---	---	---	---	---

異動区分	1:新規	2:変更
------	------	------

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
-------	----	----	---	----	---	----	---

## 口座情報

x	1.銀行 2.信用金庫 x 3.信用組合		1.本店 2.支店 3.出張所	
金融機関コード	支店コード	口座番号	1.普通預金	口座番号
1 2 3 4	- 1 2 3	1 2 3 4 5 X X	2.当座預金	1 2 3 4 5 X X
口座名義人(カナ)		カ	イ	コ
振込依頼人コード		1	1	1
		1	1	1
		1	1	1
		X	X	X

## 問い合わせ先情報

名称1	x	x	市																				
名称2	介	護	保	険	課																		
	1	2	3	-	4	5	X	X		電話番号	0	1	2	-	3	4	5	-	1	2	X	X	
	マ	ル	ケ	ン	ハ	ツ	シ	ン	カ	ク	1	-	1	-	1								
住所																							
										県	x	x	市		1	-	1	-	1				
備考																							

## 償還払給付額管理処理情報

支給限度基準額									
居宅介護福祉用具購入費									
居宅介護福祉用具修費									
居宅支援福祉用具購入費									
居宅支援福祉用具修費									

# 共同処理用保険者訂正連絡票

平成 13 年 7 月 1 日 1 頁

保険者名
x x 市

保険者番号	1	2	3	4	X	X
-------	---	---	---	---	---	---

訂正区分	2:訂正	3:削除
------	------	------

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成	13	年	06	月	05	日

## 口座情報

1. 銀行		1. 本店	
2. 信用金庫		2. 支店	
3. 信用組合		3. 出張所	
金融機関コード	支店コード	口座番号	
9 8 7 6 - 5 4 3		9 8 7 6 5 X X	
口座名義人(カナ)		タロウ	
振込依頼人コード		1 1 1 1 1 1 1 1 X X	

## 問い合わせ先情報

名称1									
名称2									
住所									
備考									

## 償還払給付額管理処理情報

支給限度基準額									
居宅介護福祉用具購入費									
居宅介護福祉用具修費									
居宅支援福祉用具購入費									
居宅支援福祉用具修費									

# 共同処理用保険者情報更新結果

平成 13 年 06 月 01 日 1 頁

保険者名
x x 市

異動区分	1
訂正区分	

異動年月日	平成 13 年 04 月 01 日
訂正年月日	平成 年 月 日

保険者番号	1234XX
-------	--------

## 口座情報

x 銀行	x 支店		
金融機関コード	支店コード	口座種目	口座番号
1234	- 123	普通	12345XX
口座名義人(カナ)	ハズバツシ		
振込依頼人コード	1111111111		

## 問い合わせ先情報

名称 1	x x 市		
名称 2	介護保険課		
	123-45XX	電話番号	023-456-78XX
	マルマルカクハ ツバ ツツサカカカカ1-1-1		
住所	県 x x 市 1 - 1 - 1		
備考			

## 償還払給付額管理処理情報

支給限度基準額	居宅介護福祉用具購入費
	居宅介護福祉用具修費
	居宅支援福祉用具購入費
	居宅支援福祉用具修費

# 共同処理用保険者情報

平成 13 年 06 月 01 日 1 頁

保険者名
x x 市

異動区分	1
------	---

保険者番号	1234XX
-------	--------

異動年月日	平成 13 年 04 月 01 日
訂正年月日	平成 年 月 日

## 口座情報

x 銀行	x 支店		
金融機関コード	支店コード	口座種目	口座番号
1234	- 123		12345XX
口座名義人(カナ)	ハヅバツシ		
振込依頼人コード	1111111111		

## 問い合わせ先情報

名称 1	x x 市		
名称 2	介護保険課		
	123-45XX	電話番号	023-456-78XX
	マルマルカクハ ツバツツサカカカカ1-1-1		
住所	県 x x 市 1 - 1 - 1		
備考			

## 償還払給付額管理処理情報

支給限度基準額	居宅介護福祉用具購入費
	居宅介護福祉用具修費
	居宅支援福祉用具購入費
	居宅支援福祉用具修費

# 共同処理用受給者異動連絡票

保険者名
x x 市

証記載 保険者番号	1	2	3	4	X	X				
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	X	X

異動区分	1:新規 2:変更
異動事由	01:資格取得 02:資格喪失 98:広域連合における市町村間異動 99:その他

異動年月日	平成	1	3	年	0	4	月	0	1	日
-------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

## 基本情報

氏名	介 護 太 郎	電話番号	0	1	2	-	3	4	5	-	6	7	X	X																		
住所	1	2	3	-	4	5	X	X	マ	ル	ケ	ル	ケ	ル	ハ	ッ	ハ	ッ	シ	サ	ン	カ	ク	サ	ン	カ	ク	1	-	2	-	3
	県	x	x	市	1	-	2	-	3	帳票出力順序コード	1	1	1																			

## 償還払給付額管理処理情報

保険給付の一時差止														
開始年月日	平成	1	2	年	月	日	対象サービス種類コード							
終了年月日	平成	1	3	年	x	x	日	1:非対象 2:一部サービス対象 3:全サービス対象						

## 高額介護サービス費支給処理情報

世帯主被保険者番号 (世帯集約番号)	1	2	3	4	5	6	7	8	X	X
世帯所得区分	1:低所得者等以外	2:市町村民税世帯非課税者等	3:生活保護							
所得区分	1:低所得者以外	2:市町村民税非課税者等	3:生活保護							
老齢福祉年金受給の有無	1:受給無し	2:受給有り								

# 共同処理用受給者訂正連絡票

平成 13 年 6 月 10 日

1 頁

保険者名
x x 市

証記載 保険者番号	1	2	3	4	X	X				
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	X	X

訂正区分	2:修正 3:削除
------	-----------

異動年月日	平成	1	3	年	0	4	月	0	1	日
訂正年月日	平成	1	3	年	0	5	月	0	1	日

### 基本情報

氏名																電話番号	0	1	2	-	3	4	5	-	9	9	X	X
住所	1	2	3	-	4	5	X	X	マルマケンハ*ツハ*ツシカクシカク3-2-1																			
	県 x x 市								3	-	2	-	1															
帳票出力順序コード																												

### 償還払給付額管理処理情報

償還給付の一時差止																													
開始年月日	平成		年		月		日	区分				対象サービス 種類コード																	
終了年月日	平成		年		月		日	1:非対象 2:一部サービス対象 3:全サービス対象																					

### 高額介護サービス費支給処理情報

世帯主被保険者番号 (世帯集約番号)												
世帯所得区分	1:低所得者等以外 2:市町村民税世帯非課税者等 3:生活保護											
所得区分	1:低所得者以外 2:市町村民税非課税者等 3:生活保護											
高齢福祉年金受給の有無	1:受給無し 2:受給有り											

# 共同処理用受給者情報更新結果

保険者名
x x 市

異動区分	1	異動事由	01
訂正区分			

異動年月日	平成 13 年 04 月 01 日
訂正年月日	平成 年 月 日

証記載 保険者番号	1234XX
被保険者番号	12345678XX

## 基本情報

氏名	介護 太郎		電話番号	023-456-78XX	
住所	999 - 9999	マルマルケンパ ッパ ッサンカガカク1-2-3			
	県 x x 市 1 - 2 - 3		帳票出力順序コード 111		

## 償還払給付額管理処理情報

保険給付の一時差止						
開始年月日	平成 12 年 月 日	対象サービ ス種類コード				
終了年月日	平成 13 年 月 日	区分	1			

## 高額介護サービス費支給処理情報

世帯主被保険者番号 (世帯集約番号)	12345678XX
世帯所得区分	1
所得区分	1
老齢福祉年金受給の有無	1

# 共同処理用受給者情報

平成 13 年 06 月 01 日 1 頁

保険者名
x x 市

異動区分	1	異動事由	01
------	---	------	----

異動年月日	平成 13 年 04 月 01 日
訂正年月日	平成 年 月 日

証記載 保険者番号	1234XX
被保険者番号	12345678XX

## 基本情報

氏名	介護 太郎		電話番号	023-456-78XX	
住所	999 - 9999	マルマルケンバ ッパ ッサンカガカク1-2-3	帳票出力順序コード 111		
	県 x x 市 1 - 2 - 3				

## 償還払給付額管理処理情報

保険給付の一時差止						
開始年月日	平成 12 年 月 日	対象サービ ス種類コード				
終了年月日	平成 13 年 月 日	区分	1			

## 高額介護サービス費支給処理情報

世帯主被保険者番号 (世帯集約番号)	12345678XX
世帯所得区分	1
所得区分	1
老齢福祉年金受給の有無	1

このページは空白です。